Zur Therapie der Haematocele retrouterina.

Inaugural-Dissertation,

welche nebst beigefügten Thesen mit Genehmigung der

medicinischen Facultät der Universität Breslau

zur Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin und Chirurgie

am Donnerstag, 30. Novbr. 1882, Nachmittags 3½ Uhr,

in dem Musik-Saale der Königlichen Universität

öffentlich vertheidigen wird

Bronisław Daszkiewicz,

pract. Arzt.

Opponenten:

Stanisław Solecki, cand. med. **Michał Błażejewski,** cand. med.

BRESLAU.
Buchdruckerei R. Reid.
1882.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543101_0079

Seiner theuren Mutter

in kindlicher Liebe und Ehrfurcht

sowie

Herrn Privatdocenten **Dr. Kroner**

in Achtung und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Vorwort.

Die Anregung zur Abfassung der vorliegenden Arbeit gaben mir drei auf chirurgisch-operativem Wege behandelte Fälle von Haematocele retrouterina, von denen zwei mir von Dr. Kroner mitgetheilt, von Prof. Spiegelberg in der hiesigen gynaekologischen Klinik operirt wurden; der dritte Fall wurde von Herrn Dr. Bruntzel operirt und mir von demselben mitgetheilt.

Für die mir bei dieser Arbeit gewährte Unterstützung und die Ueberweisung der einschlägigen Literatur sage ich den beiden Herren hiermit meinen innigsten Dank.

Wenn auch mehrere sich in den Schriften des Hippocrates findende Krankheitsbilder sowie eine Bemerkung des Galenus Voisin zu der Annahme bestimmt haben, dass die Haematocele retrouterina den Aerzten des grauen Alterthums bekannt war; wenn auch ferner im Anfang unseres Jahrhunderts von Pelletan und H. Bourdon Beobachtungen bei Sectionen gemacht wurden, welche auf Haematocele schliessen lassen: so gebührt doch unstreitig Nélaton das Verdienst, die Haematocele retrouterina als eigene Krankheit richtig aufgefasst und deren Symptome festgestellt zu haben.

Seit dieser Zeit (1850) erschien eine Reihe von Schriften, in denen die hervorragendsten Männer der Wissenschaft auf Grund der von ihnen beobachteten Krankheitsfälle die Aetiologie, die Symptomatologie, den Verlauf und die Therapie der Haematocele retrouterina weitläufig behandelt haben. Zu ganz besonderen Controversen gab die pathologische Anatomie der Haematocele sowie die Therapie derselben Veranlassung.

Was die erstere betrifft, so heben wir hier nur kurz zwei seit lange sich gegenüberstehende Anschauungen hervor.

Die eine, von Nélaton bereits ausgesprochen, äussert sich dahin, dass das Blut, mag es nun aus den Tuben, Ovarien, den breiten Mutterbändern oder der Serosa des Beckens stammen, im Cavum Douglasii sich sammelt und dort zu einer circumscripten Peritonitis führt, welche eine Abkapselung des Blutheerdes zur Folge hat.

Die andere Anschauung, deren Hauptvertreter Schröder und Virchow sind, fasst die Pelveoperitonitis als das Primäre, die Blutung in die hierdurch gebildete von Pseudmembranen umschlossenen Höhle also in einen gewissermassen präformirten Hohlraum als das Secundäre auf.

Die Nélaton'sche Anschauung fand in Deutschland zahlreiche Anhänger und nennen wir als die eifrigsten Vertheidiger derselben insbesondere Ferber, Olshausen und Fritsch. Auch Schröder gab später die Möglichkeit der Nélaton'schen Auffassung zu und wir unsererseits neigen uns mit ihm der Meinung zu, dass es einzelne Fälle giebt, für welche die eine, andere, für die die andere Ansicht

ammeisten Anwendung findet. Der Nélaton'schen Anschauung würden am ehesten alle die Fälle — und zu denen gehören auch die später von uns mitzutheilenden eigenen Beobachtungen — sehr das Wort sprechen, wo die Haematocele plötzlich entstanden, die Kranken bis dahin ganz gesund waren und sich auch objectiv keine Spuren im Becken abgelaufener Entzündungsprocesse nachweisen lassen.

Nicht minder Gegenstand lebhafter Erörterungen war die Therapie der Haematocele retrouterina. Expectativ-symptomatische oder chirurgische Behandlung der Krankheit, — das war und ist die bis zum heutigen Tage noch oft wiederkehrende Frage. Noch bis heute sind Werth und Indicationen der operativen Behandlung der Haematocele durchaus nicht sichergestellt. Da diese therapeutische Frage aber vom höchsten praktischen Interesse ist, so scheint es mir nicht werthlos, an der Hand eines grösseren Materials, das ich aus der mir zugänglichen Literatur der letzten zwanzig Jahre gesammelt und dem ich drei eigene Fälle hinzufügen kann, hierauf noch einmal näher einzugehen.

Die chirurgische Behandlung der Haematocele wurde bekanntlich in der ersten Zeit ganz ausschliesslich angewendet.

Noch ehe Nélaton die Haematocele beschrieben hatte, behandelte Récamier, der grundsätzlich alle Beckengeschwülste punktirte, zweimal Haematocelengeschwülste vom hinteren Scheidengewölbe aus mit Punction. Den einen Fall punctirte Récamier, da bei bimanueller Palpation von der Scheide und vom Rectum aus Fluctuation zu fühlen war, schon nach einem Monat mit einem Pharyngotom und erweiterte die Oeffnung mit einem Bistouri; in dem zweiten Falle machte er nach sechs Wochen eine Incision durch die hintere Wand der Vagina und öffnete den Haematocelensack. Nach der Incision und während die Flüssigkeit abfloss, führte er einen oder zwei Finger in die Wunde ein und löste von den Wänden die Blutgerinnsel ab, liess den Bauch durch eine Binde comprimiren, das Becken hoch lagern und injicirte, nachdem die Flüssigkeit abgeflossen war, warmes Wasser in den Sack, bis derselbe völlig damit angefüllt war; später wurde die Höhle dreimal täglich mit warmem Wasser ausgespritzt. Beide Kranke genasen, obwohl im ersteren Fall Luft in den Tumor eingedrungen war und Zeichen von Zersetzung des Inhaltes, wie fötider Geruch der Flüssigkeit, Fieber und lebhafte Schmerzen sich zeigten. Einen dritten Fall von Haematocele operirte Récamier vermittelst eines perpendiculären Einschnittes von vorn nach hinten durch die hintere Wand der Vagina, worauf Genesung folgte.

Anders verfuhr Nélaton selbst, der Anfangs auch den Grundsatz hatte, jede Haematocele chirurgisch zu behandeln. Er punctirte mit einem mittelstarken Troicart vom vorspringendsten Puncte des hinteren Scheidengewölbes aus. Nachdem die Bluthöhle entleert war, injicirte er mit sanftem Drucke höchstens 100 Grammes warmen Wassers und einige Tage später warme Jodlösung und setzte es so lange fort bis die Flüssigkeit ihre putride Beschaffenheit ver-

loren hatte. Durch solche Injectionen soll Nélaton in einem Falle pyämische Zufälle beseitigt haben. Zwei von ihm operirte Fälle sind in der Inauguraldissertation von Viguès vom Jahre 1850 enthalten. Die beiden Kranken wurden durch Punction und Incision von der Scheide aus behandelt. Die erste genas; die zweite unterlag einer Blutung: eine hinter dem Collum uteri gelegene Arterie war bei der Operation durchschnitten worden.

Aehnlich wie Nélaton verfuhr auch Nonat aber nur in den Fällen, in denen nach seiner Ansicht die Haematocele eine extraperitoneale gewesen ist. Doch legte er nach Eröffnung der Geschwulst in dieselbe eine elastische Gummisonde ein, um so einen dauernden Abfluss der Secrete zu ermöglichen und den Sack nöthigenfalls mit Wasser oder Jodlösungen ausspülen zu können.

Nachdem jedoch Nélaton einige Fälle mit letalem Ausgange erlebt hatte, gab er seinen Grundsatz, jede Haematocele chirurgisch zu behandeln, bald auf und viele Operateure mit ihm. Er beschränkte die operative Behandlung der Haematocele auf gewisse besonders charakterisirte Fälle. Heftigkeit der Schmerzen, Zunahme der Geschwulst, Furcht vor dem Zerreissen der Verwachsungen, welche die Geschwulst abkapseln, und dem Austritt der Flüssigkeit in die frei gebliebene Bauchhöhle wurden für Nélaton die einzigen Indicationen zur chirurgischen Behandlung der Haematocele.

Voisin hat in seiner umfangreichen Monographie über die Haematocele retrouterina (A. Voisin, De l'hématocèle retrouterin. Thèse. Paris 1858. Deutsch von Langenbeck. Göttingen 1862.) eine Statistik von zwanzig auf chirurgischem Wege behandelten Fällen aufgestellt, nach welcher von diesen 20 fünf, also 25% gestorben sind; dazu war noch von den Genesenen eine oder die andere durch den operativen Eingriff in mehr oder weniger grosse Gefahr gerathen. Wenn man dieses erschreckende Mortalitätsverhältniss bei einer relativ so kleinen Operation bedenkt und wenn man liest, dass eine von Huguier behandelte Kranke nach einer Injection von 100 Grammes Wasser in die Geschwulst nach zwölf Stunden einer Peritonitis erlag; so darf man sich nicht wundern, dass man sich bis heutigen Tages eine gewisse Scheu vor der operativen Behandlung der Haematocele retrouterina erhalten hat und man mehr einer exspectativ-symtoma. tischen Behandlung derselben huldigte. In 25 Fällen Voisin's, in denen keine Kunsthülfe stattfand, kam der Ausgang in Resorption 15 Mal zu Stande. Die Zeit, in der die Resorption stattfand, ist sieben Mal angegeben:

2	Mal	nach	1½	Monaten,
3	„	„	4	„
1	„	„	6	„
1	„	„	8	„

Unter 24 Fällen, die Bandl den Protocollen der Klinik des Prof. Karl v. Braun entnahm, kam in 12 Fällen die Heilung durch

Resorption zu Stande und waren vom Eintritte der Erkrankung bis zur vollständigen Heilung 2 bis 6 Monate verstrichen.

Lassen wir nun unser nach beiden therapeutischen Richtungen gesammeltes Material folgen, so ergiebt sich:

A. Auf exspectativ-symptomatischem Wege behandelte Fälle.

1. Schmidt's Jahrb. der in- und ausländischen gesammten Medicin. Jahrg. 1862, Bd. 115 p. 212.
(Ein Fall von Haematocele retrouterina von Puech, angegeben v. Ferber.)

Marie G., öffentliches Mädchen, 25 Jahre alt, kam am 20. August 1857 in's Spital. Patientin kräftig gebaut und von lymphatischem Temperamente, war seit dem 15. Jahre ohne Schmerzen menstruirt und litt zugleich an ununterbrochener sehr profuser Leukorrhoe. Sie hat weder geboren noch abortirt, täglich selbst während der Periode 5 bis 6 mal den Coitus ausgeübt. Am 7. August hatte Patientin wie gewöhnlich ihre Regel gehabt, ohne deshalb ihre Excesse zu unterbrechen und bekam darauf leichte Kolikschmerzen. Am 9. August ward sie nach 15maliger Ausübung des Beischlafes gegen Abend von heftigen Schmerzen im Unterleibe nach rechts hin befallen. Zugleich fror sie, worauf Hitze und dann ein wenig Schweiss folgte. Am 10./11. konnte sie vor Schmerzen nicht aufstehen. Am 12. übte sie 2 mal unter grossen Schmerzen den Coitus aus. Den 13. und 14. blieb sie bettlägerig, aber am 15. vollzog sie wiederum 11 mal den Beischlaf. In der Nacht vom 15. bis 16. bekam sie sehr heftige Schmerzen im Leibe, die seit dem nicht cessirt haben. Ihre für gewöhnlich sehr reichliche Regel hatte plötzlich am 10. August aufgehört, ohne sich wieder einzustellen.

Zustand am 21. August: Bleiches und gedunsenes Aussehen, Haut weich und schlaff, Puls 92 schwach; Harn hochgelb mit vielen Schleimflocken und Eiweiss. Die Fossa iliaca dextra prall und vorspringend. Die Palpation ergab daselbst eine Geschwulst, die sich aus der Deckenhöhle bis zwei Querfinger breit unterhalb des Nabels erhob. Dieser Tumor breitete sich mehr nach rechts als nach links hinaus und zeigte eine geringe Consistenz. Die innere Untersuchung ergab eine bedeutende Temperaturhöhung, den Gebärmutterhals nach links, den Uterus selbst von hinten nach vorn gegen den linken Schambogen gedrängt, leicht von vorn nach hinten geneigt. Hinter dem Uterus lag ein Tumor, der gegen die Concavität des Sacrum hin zunahm. Bei Gegendruck auf den Bauch konnte man mit dem in die Scheide eingeführten Finger deutlich eine teigige Consistenz der Geschwulst wahrnehmen, nach rechts hin fühlte man deutliche Pulsation. Per anum war die Geschwulst kaum zu erreichen, sie war allerdings nach hinten gelagert, aber doch nicht in dem Grade, um die Defaecation zu behindern. Im Speculum erwies sich das Collum uteri und die Vagina sehr bleich. Die grossen und kleinen Schamlippen waren ödematös geschwollen. Die Kranke ward im Wesentlichen

mit Blutentziehungen und Laxantien behandelt; auf wiederholte Gaben von Tart. stib. erfolgte heftiges Erbrechen, so dass dieses Mittel ausgesetzt werden musste. Am 27. August hatte der Tumor bedeutend an Grösse abgenommen. Am 3. September trat eine Pleuritis hinzu, an der die Kranke am 2. November zu Grunde ging.

2. Schmidt's Jahrb. 1862, Bd. 115 p. 217.

(Ein Fall von Haematocele retrouterina von Braun angegeben von Ferber.)

F. M., 32 Jahr alt, Victualienhändlersgattin; seit dem 17. Jahre je 4 bis 5 Tage sparsam menstruirt; vor 13 Jahren zum 1., vor 11 Jahren zum 2. male entbunden; seit 10 Jahren trotz normaler Fortdauer der Cohabitation und Menstruation steril. Seit 3 Monaten ohne Typus wiederkehrende, profuse Metrorrhagien, Schmerzen im Unterleibe und Fieberbewegungen. Defaekation und Urinabsonderung seitdem erschwert. Vom 7. November 1859 bis 2. Januar 1869 nahmen die Erscheinungen zu. Die Untersuchung ergab einen 2″ hoch über die Symphyse hinaufreichenden Tumor, der sich als Uterus erwies. Vaginalportion nach vorn gedrängt, sehr weich, Muttermund und Cervix einem Fingergelenk zugängig. In der Plica Douglasii mannsfaustgrosse unbewegliche glatte elastische Geschwulst, deren unteres Ende mit dem Muttermunde in gleichem Niveau stand und die hintere Scheidewand tief herabdrängte. Blut und übelriechendes Secret hin und wieder aus der Gebärmutter. Die Sonde drang in normaler Richtung 3″ tief in das Cavum uteri ein. Brustdrüsen schlaff, Warzen erigirt, Collostrumsecretion ziemlich reichlich. Vom Rectum aus war der Tumor zu umgehen, zeigte aber auch hier keine Beweglichkeit. Bauch gegen Berührung in der rechten Seite sehr empfindlich, weshalb die obere Begrenzung des Tumor nicht zu ermitteln war. Haut heiss, Puls über 110 klein. Ziehende Schmerzen im Unterleibe. Nach 11 Tagen ward ohne jeglichen Erfolg ein sehr schonender Verschiebungsversuch des Tumor unternommen. Am 14. Tage Fieber vermehrt, einmal Erbrechen, mehr Schmerzen. Am 18. Remission, durch die akidopeirastische Exploration floss kein Blut ab, sondern zähflüssige necrotisirte Blutkörperchen wurden vorgefunden. Diagnosticirt ward eine Haematocele retrouterina in Folge einer Graviditas extrauterina tubaria. Am 20. Januar trat eine allgemeine Peritonitis ein, der Patientin am folgenden Tage erlag.

3. Schmidt's Jahrb., Jahrg. 1864, Bd. 123. p. 218.

(Fall von Haematocele retrouterina von M' Clintock angegeben von Ferber.)

Bei einer 27jährigen zartgebauten Brünette und Mutter von vier Kindern blieb der Monatsfluss wiederholt aus, die Frau glaubte schwanger zu sein und legte kein weiteres Gewicht darauf. 11 Wochen nachdem sich ihre Periode zuletzt gezeigt hatte, stellte sich eine Metrorrhagie ein, welche bereits 3 Wochen angedauert hatte, als Patientin in das Spital aufgenommen ward. (27. März 1860.) Am

Uterus wurden keinerlei Veränderungen wahrgenommen. Bettruhe und Adstringentien waren die ärztlichen Vorschriften. Als am 30. April die Haemorrhagie gestillt war, ward Patientin auf ihren Wunsch entlassen, obwohl sie über unangenehme Empfindungen im Unterleibe klagte und die Digital-Exploration zwischen Rectum und Scheide einen elastischen wallnussgrossen Tumor ergab. Die ursprüngliche Annahme einer Retroversion des Uterus ward durch die Sonde widerlegt. 10 Tage später am 1. Mai kehrte die Kranke in das Spital zurück. Sie war sehr schwach, hatte keinen Appetit und klagte über Schmerzen im Unterleibe. Diese Beschwerden hatten, seit dem sie das Haus verliess, von Tag zu Tag zugenommen. Im Hypogastrium hatte sich ein Tumor quer über den Leib von rechts nach links ausgebildet, welcher aus dem kleinen Becken aufsteigend bis zur Mitte zwischen Nabel und Scham reichte. Die Percussion dieser Geschwulst war gedämpft, eine Fluctuation nirgends fühlbar. Der Blutabgang aus den Genitalien hatte sich in sparsamer Menge wieder eingestellt. Die Kranke erhielt Wein und war im Uebrigen exspectativ behandelt. Am 4. Mai ging eine grosse Quantität theils coagulirten theils flüssigen Blutes durch den Mastdarm ab, am folgenden Morgen war die Geschwulst wesentlich verkleinert. In der nächsten Woche traten häufige mit Blut und blutigem Schleim vermischte Stuhlentleerungen ein. Der Puls, welcher vorher auf 112 Schläge in der Minute gestiegen war, sank auf 90. Am 25. Mai fühlte Patientin sich fast völlig wohl, obwohl in der Regio illiaca, sowie in der Excavatio recto-vaginalis noch deutliche Residuen fühlbar waren. Am 8. Juni erschien die Regel wieder in normaler Weise und ohne jegliche Beschwerden. Am 14. Juni ward Patientin entlassen, indem kaum noch abnorme Verhältnisse in der Nachbarschaft der Gebärmutter aufgefunden werden konnten.

4. Schmidt's Jahrb., Jahrg. 1865. Bd. 128 p. 306.
(Fall aus Prof. Seyfert's Klinik, mitgetheilt von Dr. Säxinger.)

Am 5. April 1864 ward eine 30jährige unverheirathete Näherin in die Klinik aufgenommen. Dieselbe war vor 2 Tagen plötzlich unter heftigen Fiebererscheinungen mit Kreuz- und Leibschmerzen erkrankt. Als Ursache der Erkrankung gab Patientin eine Erkältung an, die sie sich dadurch zuzog, dass sie, ganz durchschwitzt, bis zu den Knien in kaltes Wasser trat, um Wäsche zu schweifen. Seit Beginn der Erkrankung Durst, Appetitmangel, Harndrang und Stuhlverstopfung und sparsames Fliessen der seit 3 Tagen bestehenden Menses. Die Periode hatte sich seit dem 16. Jahre stets regelmässig und schmerzlos eingestellt; im 24. Jahre gebar Patientin leicht. Sie war mittelgross, kräftig gebaut und gut genährt, von gelblich bleicher Hautfarbe. Temperatur erhöht, Puls 112, Zunge belegt, wenig feucht. Blasse Schleimhäute. Unterleib etwas aufgetrieben, bei Druck Schmerzempfindung. Während der Exspiration liess sich durch die erschlafften Bauchdecken ein glatter, kugliger Tumor von der Grösse einer kleinen

Faust fühlen, der bei Druck schmerzhaft war. Die Digitalexploration ergab: Scheide schlaff, heiss, Gewölbe von einer über faustgrossen, runden, prall gespannten, undeutlich fluktuirenden, bei Berührung schmerzhaften Geschwulst ausgefüllt, oberhalb welcher die nach oben vorn und etwas rechts fest an die Symphyse angedrückte Vaginalportion nur mit Mühe und unter Schmerzen zu erreichen war; Fundus uteri oberhalb der Schambeinfuge fühlbar. Die Einführung des Katheters in die Blase ergab, dass die Geschwulst die Urethra an ihrem Anfange comprimirte; entleert wurden einige Tropfen dunklen Urins. Die Untersuchung per anum zeigte eine Compression des Darmrohres durch den nämlichen Tumor. Die Behandlung bestand in Einleitung reichlicher und ausgiebiger Stuhlentleerungen, in kalten Umschlägen auf den Bauch und in innerlicher Darreichung von Chinin und Laudanum. Zum Getränk Wasser mit Zusatz von Syr. rubiidaei und Phosphorsäure.

Bei dieser Behandlung schwanden die Fiebererscheinungen bald, die Schmerzen liessen völlig nach, Esslust trat ein und die Kranke empfand weder beim Gehen, noch bei irgend einer Bewegung Schmerzen. Die Geschwulst schrumpfte mehr und mehr und der Uterus nahm seine normale Position wieder ein, 4 Wochen nach Beginn des Leidens war eine geringe Resistenz im hintern Scheidengewölbe das einzige Residuum der angeblich nicht zu bezweifelnden Haematocele. Die darauf folgende Woche aber trat eine profuse Blutung aus den Geschlechtstheilen, welche Seyfert als Menstruation betrachtete, unter Begleitung von heftigen Leib- und Kreuzschmerzen ein. Trotzdem ging die Kranke umher; in der Nacht folgte darauf ein Schüttelfrost und damit befand sich Pat. in einem gleichen subjektiven Zustande, wie vor 5 Wochen, auch der faustgrosse Tumor hatte sich wieder eingestellt. Nach weiteren 5 Wochen vollständige Resorption und Reconvalescenz, sowie Eintritt der Menses unter geringer Schmerzempfindung und ohne erneute Bildung eines retrouterinen Tumors. Drei Wochen später verliess die Kranke das Spital ohne irgendwelche Residuen und mit freibeweglicher Gebärmutter.

5. Schmidt's Jahrb., Jahrg. 1867. Bd. 135 p. 327.
(Fall von Rödelheimer, mitgetheilt von Ferber.)

26 jährige Metzgersfrau, früher stets gesund, seit $2^1/_2$ Jahr verheirathet, vor 1 Jahr leichtes Puerperium, 5 Wochen darnach wieder menstruirt, seitdem in Intervallen von 5 bis 6 Wochen, jedesmal unter Schmerzen und Uebelsein. Als Anfangs October die Frau ein 2 Centner schweres Schwein an den Rechen aufhängen half, spürte sie sofort einen heftigen stechenden Schmerz im Unterleibe, der sie nöthigte sich rasch auf das Sopha zu legen. Nach einer unruhigen Nacht, in welcher die Kranke über Schmerzen im Unterleibe und Kreuze und einen Drang gegen den After zu klagen hatte, trat am Morgen ein schwacher blutiger Ausfluss aus der Scheide aus, der bis zum 11. November in wechselnder aber nie abundanter Stärke fortdauerte.

In dieser Zeit hat sie fortwährend über Schmerzen im Abdomen, Stuhlverstopfung, Tenesmus, Appetitmangel und Müdigkeit zu klagen gehabt. Als die Schmerzen immer grösser wurden und Durst und Hitzegefühl noch dazu kamen, wurde am 21. October R. gerufen und constatirte eine Haematocele retrouterina.

Ord.: Ruhige Lage. Milch und Suppen, fünf Blutegel an das Hypogastrium. Hg. chlor. mite Gr. 4 Op. Gr. jj. Div. in dos. vjjj. zweistündlich Kataplasmen. Wegen Harnverhaltung Katheterisation.

26. October. Die Kr. klagt noch immer Defäkation höchst schmerzhaft. Mit kurzen Intervallen dauert die Metrorrhagie in mässiger Weise fort. Der ganze Unterleib bei Bewegung und ebenfalls bei Berührung schmerzhaft. Tumor nicht verkleinert. Temp. M. $30{,}4^0$ R. A. $30{,}4^0$.

30. October. Besserer Zustand: weniger Schmerzen, dagegen Tenesmus und Schmerzen beim Uriniren. Tumor nicht verkleinert. Temp. M. $29{,}5^0$ R. A. $30{,}4^0$ (Chinin 2 Gr. p. dosi. gegen den Tenesmus hin und wieder Morphium, da Klystire mit Opium die Schmerzen vermehrten. Morgens Ol. ric., auf die Geschwulst Tag und Nacht Kataplasmen mit Zusatz von Jod und Jodkaliumlösung.)

Vom 4. Nov. bessert sich der Zustand. Die Temperatur steigt nicht über 30^0 R., die subjektiven Beschwerden verringern sich. Immer noch mässiger Blutabgang. Die Geschwulst scheint abzunehmen. Weniger Durst, Esslust. (Forts. der Umschläge, Chinin ausgesetzt, Wein und kräftige flüssige Kost.)

Am 11. Nov. hört die Metrorrhagie vollkommen auf: Schlaf und Appetit gut. Abnahme der Geschwulst, Schmerzen beim Stuhlgang. Am 15. ist Pat. ausserhalb des Bettes. (Die Umschläge mit Jodlösung nach wie vor.)

Von da an schritt die Besserung rasch vor. Die Frau concipirte bald darauf und fühlte sich in der Schwangerschaft vollkommen wohl, nur empfand sie, was während der ersten Schwangerschaft nicht der Fall war, nach starken Bewegungen auf der linken Seite von dem Hypochondrium nach der Schamgegend herabziehend, ziemlich heftige, stechende Schmerzen.

6. Schmidt's Jahrb., Jahrg. 1867, Bd. 135. p. 335.
(Fall von Haematocele retrouterina aus der Klinik Scanzoni's.)

A. M. V., 26 Jahre alt, aus Würzburg, wurde den 12. Juni 1865 in's Spital aufgenommen. Vor 3 Wochen zur Zeit der Menses trat plötzlich Husten mit blutigen Sputis auf, dann eine heftige 8 Tage dauernde Diarrhoe. Mit dem Eintritte der letzten Menstruation am 8. Juni bekam Pat. sehr heftige Unterleibsschmerzen. Die Blutung war im Vergleich zu sonst sehr gering. Das mehr wässerige und etwas röthlich gefärbte, abgesonderte Menstruum versiegte noch an demselben Tage, kehrte den nächsten Morgen wieder, um den Nachmittag und die folgende Nacht wieder auszubleiben. Den 10. Juni

erschien wieder eine spärliche Absonderung. Zugleich mit den das erste Ausbleiben der Katamenien begleitenden heftigen Unterleibsschmerzen hatte Pat. das Gefühl zunehmender Dicke nnd Völle im Unterleibe und seitdem Stuhlverstopfung und Harnverhaltung, so dass der Urin mittelst Katheters entleert werden musste. Scanzoni stellte die Diagnose auf Haematocele retrouterina intraperitonealis.

Therapie. Zur Resorption Kataplasmen, Sitzbäder mit Mutterlauge und Injektionen, Einreibungen von Kali jod. ʒj, Jod. puri Gr. v, Axung. por. ʒβ in die Bauchdecken. Nach Aufhören der menstrualen Blutung ein in eine Lösung von Kali hydrojod. ʒj, Glycerin ʒβ getauchter Schwamm in die Scheide einzulegen. Da gegen die Stuhlverstopfung und Atonie der Gedärme Kali sulphur. dep. und Klystire, mittelst des tief eingeführten Darmrohrs applicirt, erfolglos waren, so musste man durch wiederholte Klystire mit Ol. ric. Oeffnung schaffen. Als unter dieser Behandlung die Geschwulst immer geringer wurde, bekam Pat. täglich ein warmes Bad, innerlich Chinin und Eisen, äusserlich Jod. Mit Abnahme des Tumors stellte sich auch spontane Defäcation allmälig ein und auch die Beschwerden beim Uriniren nahmen ab. Trotzdem in dieser Zeit die Genitalblutung oft Exacerbationen erlitt, wobei immer Harnbeschwerden eintraten, so wurde der Tumor wahrscheinlich in Folge dieser Blutungen doch so klein, dass die Pat. am 16. Juli auf ihren Wunsch entlassen werden konnte, obgleich die Stuhlentleerung noch sehr hart, Schlaflosigkeit und nächtliche Unruhe da war.

7. Schmidt's Jahrb., Jahrg. 1867, Bd. 135. p. 337.
(Ein Fall von Cooper mitgetheilt von Evans.)

Mary H., 25 Jahre alt, unverheirathet, wurde am 10. Januar aufgenommen. Sie war sehr anämisch und klagte über Erbrechen, Verstopfung seit 10 Tagen und Unterleibsschmerzen. Die früher stets regelmässige Menstruation blieb die beiden letzten Male aus, erschien statt dessen vor 14 Tagen und ward nach 8tägiger Dauer sehr profus, so dass Pat. fasst 2 Pinten Blut verlor; seitdem hat der Ausfluss an Intensität nachgelassen, aber nicht aufgehört. Früher immer von zarter Gesundheit, hatte Pat. dennoch bis Weihnachten in einer Baumwollenspinnerei gearbeitet. — Bettruhe, Klystir, Mixt. acidi sulph.

Die Schmerzen und der Blutverlust dauerten fort, mit Intermissionen von wenigen Tagen, am 14. Febr. nahm derselbe wieder zu und ward daher eine Vaginalexploration vorgenommen. Vagina und Os uteri zeigten sich normal, letzteres stand sehr tief; hinter demselben und besonders nach links ein fester Tumor, gleich einem vergrösserten oder retrovertirten Uterus, oder wie ein Fibroid. Mittels des Mutterspiegels erkannte man, dass das Blut aus dem Muttermunde hervorquoll. Muttermund und Cervikalkanal wurden mit Seetang und Schwamm erweitert, aber im Cavum uteri nichts Abnormes gefunden. Währenddem heftige Schmerzen im Bauche, worauf sich

Fieber und Erbrechen einstellte, das mit geringen Intervallen bis zum 27. anhielt. An diesem Tage kamen sehr heftige Schmerzen und grosse Empfindlichkeit gegen Berührung im Unterleibe hinzu. Keine Oeffnung, das Erbrechen sistirte, bedeutende Erschöpfung (Coloquinthen). Am 1. März Collapsus, Symptome allgem. Peritonitis, geringe Stuhlentleerung. Nachts Blutegel auf den Unterleib, 4stündl. 1 Gr. Kalomel mit 1/4 Gr. Opium. — 2. März. Die Blutegel verursachten bedeutenden Blutverlust; kalte Extremitäten, flatternder Puls. Erbrechen und Schmerzen im Gleichen. — 3. März. Scheinbar geringe Erholung, gegen Abend trat jedoch der Tod ein.

8. Virchow's und Hirsch's Jahresberichte über die Leistungen und Fortschritte in der gesammten Medicin. 1870. Bd. 2. p. 518. (Esenbeck, Haemat. retrout. Bayer ärztl. Intelligenzbl. No. 48.)

Bei einem jugendlichen Individuum war von Anfang an die Menstruation äusserst schmerzhaft und zwar so, dass diese Schmerzen immer zunahmen. Später trat die Periode sehr selten und ungemein spärlich ein. Bald entstand auch anfänglich nur zur Zeit der Periode, später andauernd eine kleine Geschwulst, die zu den Genitalien herausreichte. Bei der Untersuchung fand Esenbeck „eine vom Scheidengewölbe herabragende, rundliche, glatte, pralle, schmerzhafte Geschwulst, die bis in den Scheidenausgang hineinragte. Eine Scheidenportion war nicht aufzufinden.“ Später brach die Geschwulst unter heftigen Schmerzen spontan auf und entleerte etwa 3 Maass theerähnlichen Blutes. Die nach einigen Wechselfällen genesene Kranke wurde nicht wieder untersucht.

9. Virchow's und Hirsch's Jahresb. 1872, Jahrg. 7, Bd. 2. p. 657. (Ein Fall von Meadows.)

Ein wenig intensiver Fall; die Geschwulst war per Vaginam fühlbar. Die Genesung erfolgte unter völliger Resorption der nur kleinen Haematocele. Zufällig war kurz vor dem Eintritt der Erkrankung die Abwesenheit einer retrouterinen Geschwulst constatirt.

10. Virchow's und Hirsch's Jahrb. 1873, Jahrg. 8, Bd. 2. p. 637. (Medine.)

37 jährige Unverheirathete, hat nie geboren. Menstruation regelmässig. Als sie 35 Jahre alt war, bekam sie nach einem Fall Unterleibsleiden, das bald gehoben wurde; seitdem aber hat sie mitunter, namentlich bei Anstrengungen, ein Gefühl von Schmerz im Becken; wie auch einige Schwierigkeiten beim Uriniren gespürt. Hat ungefähr seit halbem Jahr eine Geschwulst in der linken Seite des Hypogastrium's gefühlt. Vor 5 Monaten bekam Pat. 4 bis 5 Tage, nachdem die Menstruation angefangen, grosse Schmerzen im Unterleibe und Anschwellung desselben. Defäcation und Uriniren beschwerlich. 14 Tage später trat die Menstruation wieder ein, das nächste

Mal nach 5 Wochen, später regelmässig nach 3 Wochen. Die Diagnose wurde auf Haematocele rectouterina und Fibromyomata uteri gestellt. Nach ein paar Monaten hatte die Geschwulst im Unterleibe sich vermindert. Portio vaginalis dichter hinter der Symphyse. (Die Diagnose muss doch als unsicher betrachtet werden. Die Krankheit konnte wohl eine Perimetritis sein.)

11. Virchow's und Hirsch's Jahrb. 1874, Jahrg. 9, Bd. 2. p. 772. (Chrobak.)

Nach einer acuten Tripperinfection trat eine Perimetritis ein, nach deren Ablauf bei schon eingetretener Fieberlosigkeit, eine Haematocele unter hochgradiger acuter Anämie mit antepositio uteri und überhaupt unter sehr vollständigen Symptomen sich ausbildete. Der bis nahe unter den Nabel reichende Tumor war in mehreren Schüben entstanden und resorbirte sich in 5 Wochen bis auf eine wallnussgrosse nur noch per Vaginam fühlbare Geschwulst. Secundär war auch Fieber wieder eingetreten. Die Behandlung hatte in Eisaufschlägen bestanden.

12. Virchow's und Hirsch's Jahresb. 1875, Jahrg. 10. Bd. 2. p. 579. (Green, J. M., American Journal of medical sciences October.)

Eine während der Menstruation entstandene Haematocele retrouterina recidivirte bei einer 32jährigen Frau trotz zweckmässiger Behandlung in der Zwischenzeit. Es folgte eine Peritonitis, dann aber spontane Entleerung von Blut und Eiter durch das Rectum. Die Kranke erholte sich schnell; ebenso wurde die Menstruation später regelmässig.

13. Virchow's und Hirsch's Jahrb. 1875, Jahrg. 10, Bd. 2. p. 579. (Stadfeldt.)

Eine 27jährige Frau, die vor 3 Jahren geboren, litt nachher an einer Parametritis. Später genas sie und war regelmässig menstruirt. Bei der Untersuchung wurde jetzt eine etwas empfindliche Geschwulst über der Symphyse sich in die beiden Fossae iliacae erstreckend gefunden. Durch bimanuelle Untersuchung wurde deutlich gefühlt, dass die Geschwulst ihren Sitz um den antevertirten Uterus herum, namentlich zu den Seiten des Organes hatte. Ungefähr 14 Tage früher hatte sie ihre Menstruation etwas später, als sie erwartet war, von Schmerzen im unteren Theil des Unterleibes begleitet gehabt. Denselben Tag, als die Untersuchung gemacht worden war, traten des Abends gewaltsam herabdringende Schmerzen mit bedeutendem Collaps ein. Ihr Zustand besserte sich bald und die Geschwulst nahm an Grösse ab. Später floss unter Exacerbation der Zufälle mehrmals fliessendes und coagulirtes Blut per anum ab. Die Geschwulst verkleinerte sich immer und 2 Monate später ist eine nur unbedeutende Ausfüllung in den beiden Parametrien zurückgeblieben.

14. Centralblatt für Gynaekologie 1878, Jahrg. 2, p. 640.
(Vacher, Lyon Médical 1878. Sept.)

Eine an chronischer Metritis und Perimetritis leidende Frau erkrankte plötzlich unter den Symptomen einer heftigen, allgemeinen Peritonitis. Bei der imeren Untersuchung der charakteristische Befund einer Haematocele. Nach 12 Tagen Durchbruch in die Vagina mit rascher Genesung. Ein Jahr später ganz dieselbe Geschichte.

15. Centralblatt für Gynaekologie 1878, Jahrg. 2. p. 356.
(Hall Davis. The Lancet 1878, März).

Eine 21jährige Frau wurde während der Menstruation von starken Unterleibsschmerzen ergriffen, darauf von Brechen und Diarrhoe. Das Gesicht wurde bleich, der Ausdruck ängstlich, der Leib aufgetrieben und eine feste Masse wurde in der Ausdehnung vom Becken bis zum Nabel gefühlt, die sich nach beiden Seiten von der Mittellinie bis zur Mitte des lig. Poupartii erstreckte. Die innere Untersuchung ergab eine Vergrösserung des Gebärmutterkörpers und eine feste Ablagerung hinter demselben und links davon. Die Geschwulst verschwand innerhalb eines Monats, worauf Pat. gesund das Spital verliess.

16. Virchow's und Hirsch's Jahresb. 1880, Jahrg. 15, Bd. 2. p. 567.

A. Anderson referirt über einen Fall von Haem. retrout., wo zugleich eine Narbenstenose in der Vagina zugegen war. Die Geschwulst ragte bis zum Nabel empor, war aber nach einigen Monaten verschwunden. Die Stenose wurde mit Ellinger's Dilatator und später mit dem Finger dilatirt. Nach dieser Operation wurde die Menstruation weniger schmerzhaft; die Kranke war eine Waschfrau, und Verfasser meint, dass ihre Beschäftigung nicht ohne Bedeutung für das Entstehen der Krankheit ist.

17. Centralblatt für Gynaekologie 1881, Jahrg. 5. p. 305.
(Dr. Julius Rosenstirn, San Francisco.)

Pat. 27 Jahr alt, seit 8 Jahren verheirathet, Mutter von zwei Kindern. Letzte Geburt 1878. Am 13. März 1880 erkrankt, wurde sie auffallend blass auf dem Bette liegend gefunden. Puls sehr klein 120. Temperatur nicht erhöht. Pat. theilte dem Arzte mit, dass nach Ausbleiben der Menses die Furcht vor einer lästigen Schwangerschaft sie dazu getrieben hätte, ein electrisches Bad zu nehmen. Diese Procedur verursachte zur Zeit erhebliche Schmerzen und es stellte sich geringer Blutabgang aus den Genitalien ein. Palpation des Unterleibs ist vor Schmerz nicht genau ausführbar. Vorsichtige Vaginaluntersuchung mit Zeigefinger sehr schmerzhaft, Portio aufgelockert, Orificium für die Fingerspitze durchgängig; im leicht nach unten gedrängten Cavum Douglasii weiche, anscheinend fluctuirende

Masse, deren Berührung der Pat. energische Schmerzensrufe abzwingt. Diagnose: Wahrscheinlich Haematocele retrouterina und beginnender Abortus.

Therapie: Ruhe, kalte Priessnitz'sche Umschläge auf Abdomen. Tr. Op. simp. 10 Tropfen 2 bis 3 stündl. Da die Pat. sich nicht schont, bekommt sie erneute Schmerzen und lässt den Arzt zu sich rufen. Der Befund war der gleiche, Douglas etwas tiefer und praller. Ord: Eisblase auf Abdomen, Chloralhydrat.

Am 16. Nachmittags geht der $2^1/_2$ cm. lange Fötus mit unversehrten Eihüllen ab, am nächsten Tage folgen Blutcoagula unter starken Schmerzen. Bei Beobachtung absoluter Ruhe und kalten Umschlägen bessert sich der Zustand allmälig, die Schmerzen lassen nach, der blutige Ausfluss hört auf, das Extravasat im Douglas bleibt unverändert. Am 28. März bekommt die Patientin nach einigen Gehversuchen einen heftigeren Schmerzanfall als zuvor. Der gerufene Arzt fand die Vagina fast ganz durch eine prall gespannte undeutlich fluctuirende Geschwulst des retrovaginalen Zwischenraumes zusammengepresst. Uterus liegt direkt hinter und über der Symphyse, Vaginalportion nur mittels hakenförmig gekrümmten Fingers zu erreichen. Die Dämpfung und Resistenz des Abdomens reicht nach oben bis etwas über den Nabel, seitlich in die beiden Fossae iliacae. Wegen Harnretention Katheterisation; die Kontouren der Geschwulst nicht geändert. Temp. 38,2. Puls 120.

Therapie: Eisbeutel, Chloralhydrat. Katheterisation.

Am 30. bedeutende Besserung. Opiumsuppositorien. Allmälig subjektives Wohlbefinden und Schmerzlosigkeit. Doch nimmt das Extravasat trotz kalter und warmer Priessnitz'scher Umschläge, Kataplasmen, Jodoformeinreibungen bis zum 2. Mai an Grösse nicht ab, ist hart und unbeweglich und behält dieselben Grenzen. Grösster Leibesumfang ungefähr in der Mitte zwischen Symphyse und Nabel 76 cm. Am 3. Mai Massage, indem 2 Finger der linken Hand in die Vagina eingeführt und gegen das fast bis zum Scheideneingang vorgedrängte hintere Vaginalgewölbe ein gelinder Druck ausgeübt wurde, mit der wohlbeölten rechten Hand Streichungen und Knetungen der Geschwulst vom Abdomen aus vorgenommen wurden. Dies wird täglich 2 Mal 15 Minuten lang durchgeführt. Nach einer Woche schon hat der Leibesumfang um 1 Zoll abgenommen; dann wird einmal täglich bis zum 2. Juni massirt, an welchem Datum wieder die erste normale 3 Tage dauernde Menstruation eintritt. Während dieser 4 Wochen ist das ganze Extravasat bis auf einen apfelgrossen Rest verschwunden. Die Massage wird 8 Tage lang weiter fortgesetzt; dann ist der Befund einer geringen Beweglichkeitshinderung der Gebärmutter ein vollständig normaler.

Vorstehende Zusammenstellung liefert von Neuem den Beweis, dass das exspectativ-symptomatische Verfahren seine volle Berechtigung hat; denn wenn auch von den oben angeführten 17 Fällen 3 (also über 18 %) gestorben sind, so war doch in einem Falle (No. 1) die

hinzugetretene Pleuritis die eigentliche Ursache des Todes, während in einem anderen (No. 2) eine Extrauterinschwangerschaft nicht minder gefährliche Complication der Krankheit bildete als die eben erwähnte Pleuritis. Alle anderen Fälle genasen, sei es, dass die Geschwulst resorbirt wurde, sei es, dass sie per Vaginam oder per Rectum zum Durchbruch kam; ob freilich die Diagnose der Haematocele retrouterina immer berechtigt war, muss, wie bei einzelnen Fällen schon bemerkt, dahin gestellt bleiben.

Die Behandlung bestand in obigen Fällen in strengster Ruhe, Application von Eisbeutel auf das Hypogastrium, kalten und warmen Umschlägen oder auch solchen mit Jod und Jodkalilösungen. Gegen die Schmerzen wurden Narcotica und Blutentziehungen durch Blutegel in Anwendung gezogen. Hat sich der Zustand der Kranken allmälig gebessert, wendete man behufs Beschleunigung der Resorption der Geschwulst Bäder mitunter mit gutem Erfolge oder auch Sitzbäder mit Mutterlauge an. In einem Falle (No. 16) machte man sogar von der Massage Gebrauch und leistete dieselbe dabei vortreffliche Dienste! Der Stuhlverstopfung suchte man durch Laxantien, der Harnverhaltung durch fleissige Katheterisation abzuhelfen.

Was den spontanen Durchbruch anbetrifft, so muss man diesen Ausgang beinahe als ein ebenso günstiges Resultat ansehen wie die Resorption. Die Fälle, wo der Durchbruch nach der Poritonealhöhle stattgefunden hat, sind so äusserst selten, dass man sich aus Furcht vor dieser Möglichkeit nicht wird verleiten lassen, die chirurgisch-operative Behandlung einzuschlagen. Ferner ist auch der spontane Durchbruch per vaginam oder per rectum bei Weitem nicht so gefährlich wie eine Punction. Während nämlich bei der Punction die Oeffnung rund und klaffend ist und Luft leicht aspirirt, wird sie beim spontanen Durchbruch mehr ungerade und geschlossen, so dass zwar der Inhalt in Folge des Druckes der Geschwulstwände langsam heraustreten, nicht aber Luft von aussen eindringen kann.

Trotz der günstigen Prognose, welche die exspectativ-symptomatische Behandlung bietet, dürfte dennoch häufig die chirurgische Behandlungsweise der Haematocele retrouterina in Anbetracht der folgenden Zusammenstellung von Fällen den Vorzug verdienen.

B. Auf chirurgisch-operativem Wege behandelte Fälle:

1. Schmidt's Jahrbücher, Jahrg. 862, Bd. 115, p. 216.
(Fall von Haemat. retrout. complicirt durch Extrauterinschwangerschaft von Braun.)

Frau W., 32 Jahre alt, kräftig und gut gebaut, immer gesund, seit dem 13. bis 14. Jahre regelmässig menstruirt; im 16. und 23. Jahre wurden die Schmerzen bei der Regel einmal sehr heftig, seit der Verheirathung (vor 5 Jahen) keine Störungen beim Erscheinen der Periode. Seit August heftige Schmerzen und Haemorrhagieen, welche sie bettlägerig machten. In Folge dessen am 3. November

Eintritt in das Spital. Leib aufgetrieben wie bei einer im 8. Monat schwangeren Frau. Der untere Theil bis 4—5 Querfinger oberhalb der Symphyse gedämpft. Palpation schmerzlos, entsprechend der Dämpfung ein nicht fluctuirender Tumor fühlbar. Die Vaginalexploration ergab: das Collum nach oben, vorn und links verdrängt, hinter demselben und zu beiden Seiten eine Geschwulst, die sich in das Scheidengewölbe eindrängte und den Raum zwischen Rectum und Vagina zur Hälfte einnahm. An einzelnen Stellen war dieselbe weich und nach hinten, etwas nach links vom Collum, offenbar fluktuirend. Per anum fühlte man den Tumor ebenfalls, die obere Grenze war mit dem Finger nicht zu erreichen, vom Unterleibe aus liess sich derselbe herabdrücken. — Leidender, aber nicht ängstlicher Gesichtsausdruck, Haut etwas heiss, Puls kräftig. Die übrigen Organe ohne Abnormität; Brüste nicht untersucht. Geschmack bitter, mässiger Durst, wenig Appetit, Verstopfung. — Klysma, während der Nacht mehrere diarrhoeische Entleerungen. Am 6. November wurde von Robert eine quere Incision in die fluktuirende Stelle an der hinteren Scheidenwand gemacht. Sogleich entleerte sich etwas flüssiges Blut von öliger Consistenz, keine Gerinnsel. Während des Tages dauerte der Ausfluss fort, der Zustand der Pat. blieb im Allgemeinen befriedigend. Am Morgen des 7. ward eine Einspritzung von heissem Wasser durch die Incisionsöffnung gemacht. Gleich beim Beginn derselben klagte Pat., fast ohnmächtig, über einen heftigen Schmerz im Epigastrium. Die Injection ward sogleich unterlassen und 8 Blutegel wurden auf den Leib gesetzt, jedoch ohne Linderung. Der Puls ward klein und aussetzend; Erbrechen, Zunahme des Collapsus, Tod um 10 Uhr Abends. (Bei der Section wurde eine Extrauterinschwangerschaft konstatirt.)

2. Schmidt's Jahrb., Jahrg. 1864, Bd. 123 pag. 218 (Duncan).

Eine 25jährige, bis dahin stets gesunde und regelmässig menstruirte Frau hatte 6 Monate nach ihrer vor $7^1/_2$ Jahren stattgehabten Verheirathung eine Fehlgeburt gehabt, seitdem aber nicht wieder concipirt. Im November stellten sich Unterleibsschmerzen, sowie Beschwerden beim Uriniren ein. Sechs Tage nach der angeblichen Katastrophe stand die Kr. auf, spürte aber eine Schmerzhaftigkeit in der linken Inguinalgegend und war im höchsten Grade schwach. Gleichzeitig bildete sich in der genannten Region eine Geschwulst aus, weshalb Pat. am 30. Januar 1862 in das Spital kam. Die ganze untere Partie des Unterleibes war von einem festen, unbeweglichen Tumor eingenommen, welcher linkerseits deutlicher als rechts prominirte und in der Mittellinie des Bauches fast bis zum Nabel reichte. Die interne Untersuchung ergab die gewöhnlichen Befunde einer Haematocele. — Die Uterinhöhle war $3^1/_4$'' lang, die Gebärmutter selbst lag vor dem Tumor und war etwas nach rechts gedrängt. Die Kr. sah sehr anämisch aus. Am 31. Januar

machte D. mit einem Bistouri einen 1" langen Einschnitt in die Vaginalgeschwulst, worauf einige Unzen dicken Blutes hervorquollen. Mittels seines Fingers gelangte D. durch diese Oeffnung in eine mit Blutcoagulis angefüllte Höhle. Der andauernde Ausfluss ward bald sehr übelriechend und dabei profus. Ein heftiges Fieber mit nächtlichen Delirien stellte sich ein, die Scheide war trocken und heiss und der Unterleib höchst empfindlich. Die grösste Reinlichkeit und sehr häufige warme Chlorwasser-Waschungen fanden statt. Am 6. Februar verschwanden diese gefahrvollen Symptome rasch, der Ausfluss ward sparsamer und der Tumor konnte nur noch oberhalb der Symphyse gefühlt werden. Vom 15. ab war an die Stelle des zersetzten übelriechenden Blutes gut aussehender Eiter getreten. Am 20. Februar war die Geschwulst völlig geschwunden, die Gebärmutter indessen eingebettet in Indurationen und daher unbeweglich. Anfang April sistirte der Ausfluss und Pat. ward entlassen.

3. Schmidt's Jahrb., Jahrg. 1864, Bd. 123 pag. 218.
(Fall von H. r. von Dr. Tüngel mitgetheilt von Ferber.)

J. R., 54jährige Frau eines Arbeiters, am 24. September 1862 aufgenommen. Seit dem 21. August hat sie heftige Unterleibsschmerzen, welche ganz plötzlich und so heftig eintraten, dass sie bei ihrer Beschäftigung bewusstlos hinsank. Seitdem war Pat. bettlägerig. Es stellte sich wiederholtes Erbrechen ein. In der linken Unterbauchgegend die heftigsten Schmerzen. Appetitverlust, lebhafter Durst. Seit drei Tagen keine Oeffnung. Wenig Schlaf, Schmerzen beim Uriniren und beständiges Reissen im linken Oberschenkel.

Bei der Aufnahme ergab die Untersuchung: Unterleib stark aufgetrieben, nirgends abnorme Dämpfung, Scheide heiss, Uterus unbeweglich und etwas nach unten und vorn gedrängt. In der Plica Douglasii ein ca. wallnussgrosser fluktuirender Tumor fühlbar. Temp. $30{,}8^0$ R.

25. September. Temp. M. $29{,}8$, Ab. $30{,}6^0$ R. Wenig Schlaf, Schmerzen in Gleichen; keine Oeffnung. (Pot. River. Kataplasmen.)

26. September. M. $30{,}4^0$, Ab. 31^0. Besser geschlafen, keine Oeffnung, weniger Schmerzen. Mittags machte Dr. Tüngel mittels Troicart eine Punction in die Geschwulst von der Scheide aus. Es wurden circa 6 bis 8 Unzen theilweise geronnenes und zersetztes, aber nicht stinkendes Blut entleert. Nach der Operation keine erheblichen Schmerzen mehr. Mehrere dünne Stuhlentleerungen. Da sich ein stinkender Ausfluss wieder einstellte, Camillentheeeinspritzungen in die Scheide.

18. October. M. $29{,}8$ P. 86, Ab. $31{,}0^0$ P. 96. Trotz der bedeutenden Auftreibung des Unterleibes nirgends ein Tumor aufzufinden. Durch die Vaginaluntersuchung nur eine geringe Resistenz in der Plica nachweisbar. Am 29. October Pat. „gebessert entlassen."

4, Schmidt's Jahrb., Jahrg. 1864, Bd. 123 pag. 225.
(Credé-Müller.)

Eine 31jährige verheirathete Frau kam am 1. März in ärztliche Behandlung. In der Regio hypogastr. dextr. stärkere Verwölbung. In der Plica fühlte man eine bis in die rechte Fossa iliaca sich erstreckende, unbewegliche, harte, nicht fluctuirende, an manchen Stellen höckrige Geschwulst, welche die hintere Scheidenwand vorstülpte und beinahe die Hälfte des Scheidencanals bedeutend verengte. Das Lumen des Mastdarms stark verkleinert. Bis zum 4. März nahmen die Beschwerden zu. Der Urin musste künstlich abgenommen werden. Es ward nun ein Troicart in die am meissten in die Scheide prominirende Stelle des Tumor eingestossen und ungefähr 12 ℥ dunkelrothes Blut entleert. Aus Furcht vor einem zu bedeutenden Blutverluste ward alsdann die Kanüle und die Vagina tamponirt. Den folgenden Tag fühlte die Kr. sich etwas erleichtert. Bald kehrten aber die früheren Beschwerden zurück, so dass am 7. eine zweite Punction vorgenommen ward, durch die ca. 8 ℥ schwärzliches Blut entfernt wurden. Unmittelbar nachher Abnahme der Geschwulst und der Schmerzen, Urin- und Kothentleerung weniger beeinträchtigt, dagegen Symtome von hochgradiger Anämie. Am 25. zum dritten Male punctirt, worauf 6 ℥ bluteitriger Flüssigkeit abflossen. Seitdem wesentliche und dauernde Besserung neben freilich noch längere Zeit bestehender Anämie. Im Juni war nichts mehr von der Geschwulst nachweisbar, die Menstruation stellte sich regelmässig ein.

5. Schmidt's Jahrb., Jahrg. 1864, Bd. 123. pag. 226. (Duncan.)

Eine 35jährige Mutter mehrerer Kinder; letzte Schwangerschaft vor zwei Jahren endete mit Abort. Letzte Menstruation vor zwölf Wochen; seitdem mässige mit Blut tingirte Leukarrhoe und Störung des Allgemeinbefindens. Mitte April plötzlich heftige Schmerzen in der linken Seite des Unterleibes mit Geschwulstbildung. Harnretention. Am 29. April Aufnahme in's Spital. Prostration. Symptome der Anämie. Beschwerden bei der Kothentleerung. Heftige Schmerzen im Unterleibe, ohne dass durch die Palpation daselbst eine Geschwulst nachgewiesen werden konnte. Hin und wieder Erbrechen, abwechselnd Frost und Schweiss. Am 3. Mai bildete sich ein deutlicher periuteriner Tumor aus; Gebärmutter nach rechts und vorn dislocirt. Mitte Mai hatte Pat. drei Tage lang Blutabgang aus den Genitalien, welchem ein fast 14 Tage andauernder eitriger Ausfluss folgte. Bis zum 24. Mai hatte der Tumor beträchtlich zugenommen, so dass derselbe jetzt auch äusserlich wahrnehmbar war. Mittelst des Troicart (per vaginam?) ward zersetztes Blut entleert. Nach zwei Tagen sistirte der Ausfluss, begann aber nach vier Tagen von Neuem; dessen ungeachtet verschlimmerte sich der Zustand der Pat. abermals und die Geschwulst nahm zu. Am 14. Juni punctirte D. deshalb zum zweiten Male und entleerte 8 ℥ fötid riechenden Blutes, gleichzeitig durch

die Kanüle stinkendes Gas. Der Ausfluss dauerte vier Tage, während die Kr. sich täglich besser befand. Mitte Juni ward sie entlassen.

6. Schmidt's Jahrb., Jahrg. 1867, Bd. 135, pag. 333.
(Vogt. Norsk. Mag. for. Laegevidenskaben XX. 6 p. 522. 1866.

L. L., 44½ Jahr alt, verheirathet. Am 21. Januar hatte sie einen Frostanfall und seitdem heftige Schmerzen im Unterleibe, Mattigkeit und Uebelsein, welche sie nöthigten, das Bett zu hüten. V. konstatirte bei der Untersuchung des Unterleibes Schmerzhaftigkeit und eine Geschwulst in der linken Unterbauchgegend, und zwar ungefähr in der Höhe der Mitte zwischen Nabel und Symphyse, 1½" unterhalb des Niveaus der Geschwulst konnte der bewegliche, vergrösserte Uterus gefühlt werden. Die Geschwulst selbst lag circa 4 Querfinger breit von Mittellinie nach links. Die Vaginalexploration ergab, dass die Portio vaginalis durch einen das kleine Becken ausfüllenden, rundlich in das Scheidengewölbe hineinragenden Tumor gegen die Symphyse gedrängt war. Das Allgemeinbefinden verschlimmerte sich: wiederholtes Erbrechen, ziemlich reichliche Salivation, Puls klein, Abmagerung.

Man hielt die Geschwulst für eine retrouterina Haematocele und beschloss, wegen des Druckes derselben auf die Beckenorgane (Beschwerden bei der Urin- und Koth-Entleerung, sowie der Schmerzen beim Erbrechen), eine Probepunction, welche mit einem ziemlich starken Probetroicart ausgeführt ward. Es floss sofort eine rothbräunliche Flüssigkeit hervor, welche beim längeren Stehen sich in eine obere klare, seröse Schicht und in einen dicklichen Bodensatz theilte. Die Menge derselben betrug circa 20 Unzen und entleerte sich tropfenweise in Zeit von einer Stunde, nur zeitweilig ward die Kanüle durch ein Blutcoagulum verstopft. Der Zustand der Patientin nach der Entleerung war leidlich, die Erleichterung für die nächsten Tage war indessen nicht erheblich. Die Entzündungsphänomene zeigten sich wieder, die Kräfte nahmen ab, die Salivation ward wieder reichlicher. Plötzlich am 6. Tage trat eine allgemeine Peritonitis ein, 2 Tage später Zeichen von Lungen-Embolie und Tod am 14. März.

7. Virchow's und Hirsch's Jahrb. 1868, Jahrg. 3, Bd. 2, p. 598.

Raichle (Zeitschrift für Chir. und Geburtsh. No. 1.) punktirte in einem Falle von Haematocele vom Rectum aus, ohne dass sich irgend etwas entleerte. Unmittelbar nach dem Punktionsversuch entwickelte sich eine heftige Peritonitis, die am 9. Tage tödtlich endete. Bei der Section zeigte sich eine Höhle, die etwa 1½ Maass theerartigen Blutes enthielt und die aus dem Becken und dem unteren Abschnitt der Bauchhöhle bestand, nach oben von den aufwärts gedrängten unter sich und mit der Bauchwand verklebten Gedärmen abgegrenzt war.

8. Virchow's und Hirsch's Jahrb., 1868 Jahrg. 3 Bd. 2 p. 598.

Brubaker's Fall (Brubaker H. A., Case of pelvic haematocele. Med. and surg. Rep. Oct. 17) von Haematocele verdient eine Erwähnung desshalb, weil nach 6 Wochen nach der Entstehung des Tumors von der Scheide aus geöffnet und eine grosse Quantität Eiters und zersetzten Blutes entleert wurde, wonach vollkommene Heilung eintrat.

9. Virchow's und Hirsch's Jahrb., 1869. Jahrg. 4, Bd. 2, p. 579. (Aitken L. Case of pelvic haematocele. Edinb. Med. Journ. August p. 105.)

Aitken behandelte eine Kranke an chronischer Entzündung des Peritonealüberzuges des Beckens, besonders des Douglas'schen Raumes. Da die Erscheinungen bedrohlich wurden, machte man eine Incision in den Tumor zwischen Vagina und Rectum, wonach sich Blut und Eiter und Blutcoagula entleerten. Pat. starb bald unter den Erscheinungen allgemeiner Peritonitis. Bei der Section fand sich ausser dieser ein grosses Blutcoagulum augenscheinlich älteren Datums und allmälig entstanden, das 36 Unzen wog und linksseitlich und hinten am Uterus aus dem Douglas'schen Raum aufstieg bis in die Nähe des Nabels. In der Mitte des völlig freien, nicht abgekapselten grossen Coagulum war das linke Ovarium als faustgrosser Tumor. Derselbe enthielt eine gelbe eiterähnliche mit Cholestearinkrystallen gemischte Flüssigkeit, war jedoch intact. So wahrscheinlich es auch ist, dass von diesem erkrankten Eierstock aus die Blutung erfolgte, so liess sich doch nirgends ein zerissenes Gefäss an demselben entdecken.

10. 11. Virchow's und Hirsch's Jahrb. 1872., Jahrg. 7, Bd. 2, p. 657. (Meadows Alfred.)

Eine kinderlose Frau von 33 Jahren, 8 Jahre verheirathet, erkältet sich am Tage nach dem Eintritt der Menstruation in der Kirche. Es cessiren die Menses und heftige Schmerzen treten auf, die seit der Zeit nicht mehr aufhörten. $4^1/_2$ Woche später constatirte der Arzt das Vorhandensein einer grossen Beckengeschwulst, die den Uterus gegen die vordere Beckenwand angedrängt hatte. Aeusserlich an dem sehr empfindlichen Leibe gedehnte Dämpfung theils von der Geschwulst theils von Fäcalanhäufung. Hohes Fieber. Gelbsucht. Vieltägige Obstruktion. Alle Abführmittel und Klysmata schlagen fehl. Punction der Geschwulst per vaginam bleibt ohne Erfolg. Es entleert sich nichts. Stercorales Erbrechen tritt ein und Agonie scheint eintreten zu wollen. Darauf wird per rectum punctirt und etwa eine Pinte scheusslich stinkenden Blutes entleert; Tags darauf kamen bei einer neuen Punction nochmals 18 Unzen. Nach 24 tägiger Obstruction erfolgen jetzt reichliche Darmentleerungen. Die Reconvalescenz wurde durch eine Pflegmasie verzögert, die der Resorption zersetzten Blutes Schuld gegeben wurde. 3 Monate später constatirte die Untersuchung einen normal gelagerten, ganz beweglichen Uterus. Von der Geschwulst war keine Spur vorhanden.

Der zweite Fall betraf eine 30jährige Frau, Mutter zweier Kinder. In der Nacht traten Schmerzen auf, ohne dass ein Beischlaf vorausgegangen war. Allmälige Steigerung der Beschwerden, Auftreibung des Leibes. Später traten Fröste auf, 4 Wochen nach Beginn der Krankheit fängt ein blutiger Ausfluss aus den Genitalien an und hört nicht wieder auf. Die jetzt angestellte Untersuchung ergiebt einen aus dem kleinen Becken hervorsteigenden Tumor, welcher in der Mitte des Leibes sich haltend, rechts die halbe Nabelhöhe erreicht, links fest bis zum Nabel geht. Der Uterus ist antevertirt. Eine Geschwulst füllt einen grossen Theil des Beckens aus, besonders dessen linke Hälfte. Dunkle Fluktuation ist erkennbar, besonders per rectum. Erste Punction per rectum ist erfolglos; eine zweite mehrere Wochen später entleerte 55 Unzen einer dicklichen braunen Blutmasse, kein Eiter. Die linke grössere Hälfte der Geschwulst war sofort verschwunden. Der Punction auf der rechten Hälfte kam die Natur durch spontane Eröffnung per rectum zuvor.

12. Virchow's und Hirsch's Jahresb. 1874, Jahrg. 9, Bd. 2, p. 773.
(Ein Fall von Meadows mitgetheilt von Thomson.)

Eine Frau 26 Jahr alt. Menstruation cessirt 2 Mal. Schmerzen in der Gegend des rechten Ovariums, zuerst intermittirend, dann constant, zuletzt paroxismenweise enorm. Der Uterus ist durch eine elastische Geschwulst vorn an die Symphyse gedrängt. Diagnose: Haematocele in Folge von Graviditas extrauterina.

Als die Schmerzen immer heftiger wurden: Punction mit einem gebogenen Troicart vom Rectum aus. Entleerung von zunächst 3 Unzen dickem Blut, der Ausfluss dauert noch 3 Tage fort. Unmittelbarer Nachlass der Schmerzen. Heilung.

13. Centralbl. für Gynaecologie 1878, Jahrg. 2, p. 262.
(Underhill. Edinb. Med. Journ.)

Pat. 30 Jahr alt, 4 Kinder, 2 Aborte. Schmerzen im Becken, namentlich beim Gehen, Obstruction, Blasenbeschwerden. Im Becken hinter dem harten und kleinen Cervix ein fast elastischer Tumor.

Repositionsversuch in Knieellbogenlage. In der Narcose wird constatirt, dass der wenig bewegliche Uterus nicht vergrössert ist. Durch Aspiration wird etwas schwarzes Blut entfernt, danach Verschlimmerung nach kurzer Besserung, Urinretention, Diarrhoeen, grosse Schmerzhaftigkeit, spontaner Durchbruch in das Rectum; es gehen bröckelige, stinkende Coagula ab. Der Tumor verschwindet spurlos.

14. Virchow's und Hirsch's Jahrb. 1878, Jahrg. 13, Bd. 2, pag. 579.
(Albert.)

26jährige Frau, eine Geburt, unregelmässige Menstruation bei Retroflexio, Heilung der letzteren. 1. December 1876. Ausbleiben

der Menses, Kreuzschmerzen. 24. December 1876. Blutung und Schmerzen im Leibe. 16. Januar 1877. Befund der Haematocele retrout. mit Haematosalpinx dextra, Wachsen des Tumors nach Untersuchung. Punction, Verjauchung, nochmalige Punction, langsame Heilung.

15. Centralbl. f. Gynaecol. 1879, Jahrg. 3, pag. 227.
(Castillo de Piñeyro.)

Eine 26jährige anämische Multipara litt in Folge einer schlecht abgelaufenen Geburt an einer Metritis und menstruirte acht Monate nach derselben wieder; jedoch durch einen Schreck wurde dieselbe unterbrochen, worauf hin die Menses jedesmal schmerzhafter und unregelmässiger wurden; schliesslich bemerkte man einen äusserst schmerzhaften, rundlichen Tumor, der den Raum der Sp. ant. sup. ilei dextr. zur Sp. ant. inf. sinistr. einnahm. Temp. der Vagina erhöht und leicht schmerzhaft. Uterus anteflectirt und von einer harten, in ihrer Mitte etwas weicheren, im oberen Scheidengewölbe befindlichen Geschwulst von der Grösse einer Pfirsiche an die Schambeine angedrückt. Nach Ausschluss der übrigen Möglichkeiten der Natur dieses Tumors wurde die Diagnose auf Haematocele gestellt. Der Vaginaltumor wurde nun punctirt und sofort floss eine beträchtliche Quantität fötider Flüssigkeit von der Farbe einer pechartigen Lösung ab. Schmerzen wurden hierauf geringer. Die Troicartkanüle bleibt liegen. Fünf Tage darauf, als die Flüssigkeit aufhörte zu fliessen, Schweiss, Diarrhoeen, Temp. $39{,}8^0$, Puls 116 sich einstellten, wurde die Punctionsstelle erweitert (1,5 cm.); sofort floss wiederum eine bedeutende Menge diesmal syrupartiger übelriechender Flüssigkeit ab. Drainage, Injectionen von Kal. hypermang., Chinin und alkoholische Getränke. Fünf Tage darauf sistirten die Diarrhoeen. Den zwölften Tag Uterus in normaler Lage, Geschwulst fast verschwunden. 13. bis 17. Tag Menstruation. Den 22. Tag verlässt Pat. das Bett.

16. 17. Centralbl. f. Gynaecol. 1879, Jahrg. 3, Bd. 3, pag. 606.
(Coullingwart und Ewart. [Manchester.] Med. Times and Gaz 1879.)

Zwei Fälle von Haematocele retrouterina, beide punctirt und entleert. Beide mit glücklichem Ausgang, der eine per vaginam, der andere durch die Abdominalwandungen; der eine durch einen Fall, der andere durch einen Abort entstanden. Beidemal wurde mit der Hohlnadel operirt und der Tumorinhalt aspirirt; im ersten Falle aber musste die Punction später trotz antiseptischer Ausspülungen noch einmal mit einem stärkeren Troicart wiederholt werden.

18. Centralblatt für Gynaekologie 1881, Jahrg. 5. p. 584.
(Sommerville, Edinb. Med. Journ. 1881, Juli.)

Normale Geburt einer Primipara. Halbe Stunde p. p. Klage über Schwäche, Unbehaglichkeit in der Gegend des Rectum. Puls

schwach, Füsse kalt, keine äussere Haemorrhagie. Eine Stunde später presswehenähnliche Schmerzen, mannsfaustgrosse Geschwulst im Septum zwischen rectum und vagina, welche das Perineum ausdehnt wie beim Austritt eines Kindskopfes.

Therapie: Da die Geschwulst nicht weiter wächst, Morphiumsuppositorien bis zum 17. Tage, Wohlbefinden. Dann 2 Unzen schwarzes dickes Blut mit dem Aspirator entfernt, worauf Fieber 40,0 C. Incision. Auswaschung mit Carbol. Heilung. Seitdem wieder zwei normale Geburten.

19. Centralblatt für Gynaekol. 1880. Jahrg. 4. p. 92 (Kroner).

26 jähr. Frau wird am 19. Mai von Prof. Spiegelberg ovariotomirt. Die kindskopfgrosse, rechtsseitige Cyste war intraligamentös breit implantirt und wurde der unterste Theil derselben in 4 Partieen ligaturirt. Ausserdem waren wegen Blutung noch einzelne isolirte Umstechungen nöthig. Der Verlauf in den ersten Tagen fieberhaft mit Collapserscheinungen, am 3. Tage uterine Blutung, obwohl 2 Tage nach Aufhören der Menses operirt worden war. Am neunten Tage wird eine Haematocele retrouterina constatirt und die Punction des Sackes vom Rectum aus vorgenommen, die eine mässige Menge theerartigen Blutes ergab. Trotzdem kein Fieberabfall. Erneute Punction, worauf sich aus dem Rectum Eitermassen entleeren, worin der geschrumpfte Cystenrest mit seinen 4 Ligaturen gefunden wird. Unter continuirlichem Fieber bildet sich ein subseröser Abscess, der schliesslich durch eine Incision längs des Poupart'schen Bandes entleert wird. Hierauf völlige Entleerung.

Eigene Fälle.

20. Marie Dörlich, Wächtersfrau, 34 Jahr alt, aufgenommen den 17. Juni 1879. Früher stets gesund. Erste Menstruation zu 16 Jahren alle 4 Wochen, schwach, von 2tägiger Dauer, ohne Schmerzen. Seit 4 Jahren verheirathet; 5 Mal geboren, stets normal, zuletzt vor 1½ Jahren. Wochenbett verlief ohne Störung. Seit dem Winter Schmerzen im Kreuz bei der Regel. Kurz nach Ostern bekam Pat. auf dem Wege zur Arbeit heftige Schmerzen im Kreuz und Unterleib, so dass sie sich nach Hause begeben und in's Bett legen musste. Seitdem Obstigation und schmerzhafte Defäkation. 3 Wochen darauf Wasserlassen erschwert, so dass katheterisirt werden musste. Pat. ging deshalb nach Bethanien, woselbst sie nach einigen Tagen wieder spontan urinirte. Nach 3 wöchentlichem Aufenthalte in Bethanien ging Pat. wieder nach Hause und blieb dort 8 Tage. In dieser Zeit wieder Unfähigkeit das Wasser zu halten, wenn bei Drang Pat. nicht sofort die Blase entleerte. Seit Beginn der Erkrankung andauernd Blutungen; Regel markirt sich nicht. Die Schmerzen im Unterleibe

sollen nur mehr zugenommen und erst seit Kurzem wieder etwas nachgelassen haben. Angeblich nie Fieber. Nur vorgestern abwechselnd Frost und Hitze.

Befund: Uterus über der Symphyse durchzufühlen, nach rechts und oben geschoben. Hintere Lippe geht unmittelbar in das prall gespannte hintere Scheidengewölbe über, das einen nach rechts und links hin sich ausdehnenden nicht scharf contourirten Tumor präsentirt, der undeutlich fluctuirt und sehr druckempfindlich ist. Temp. bei der Aufnahme $38{,}2_0$. Untersuchung des Urins ergiebt mässigen Blasenkatarrh. Ab. T. 37, 8^0. P. 76.

18. Juni 1879. Nachmittags Vorstellung in der klinischen Stunde, breite Incision mit spitzem Bistouri von der hinteren Scheidenwand aus. Grösste Masse des Inhalts coagulirtes Blut, wenig Fluctum. Das Blut riecht nicht, bildet ein zusammenhängendes wesentlich an der vorderen Wand hinter dem Uterus liegendes Gerinnsel. Keine Spur von Exsudat. Wand überall gleich dick und gespannt. Durch die vordere Seite fühlt man den Uteruskörper, hinten die lig. lig. rectouterina verlängert, verzogen. Der Entleerung muss Zertrümmerung der Coagula mit dem Katheter vorhergehen. Nur allmälig sinkt der Sack unter der Ausspülung zusammen und wird schliesslich ein mit Querbalken versehener Drain eingelegt.

20. Juni. Gutes Allgemeinbefinden, kein Fieber. Durch den Drain läuft viel dünnflüssiges Blut ab; täglich 3 Mal Ausspülung durch denselben.

21. Juni. M. $8^1/_2$ Uhr. T. $38{,}3^0$. P. 112. Irrigationsflüssigkeit schmutzig und übelriechend. Uterus noch stark nach vorn und oben gedrängt. Sack verkleinert sich nur sehr allmälig. Mtt. 1 Uhr. T. $38{,}4^0$. P. 100. Ab. $6^1/_2$ Uhr. T. $38{,}7^0$. P. 104.

22. Juni. M. $38{,}3^0$. P. 104. Mtt. $38{,}6^0$. P. 108. Ab. $38{,}5^0$. P. 108. Ausspülung mit einer ca. 10% Carbollösung.

23. Juni. M. $8^1/_2$ fieberfrei $36{,}8^0$. Irrigationsflüssigkeit etwas weniger jauchig. Sonst status idem. Ab. 6 Uhr $38{,}5^0$.

24. Juni. M. $36{,}9^0$. Mtt. $39{,}1^0$. Ab. $38{,}6^0$.

25. Juni. M. $37{,}5^0$. P. 84. Mtt. $36{,}8^0$. Nachmittags in der klinischen Stunde Drainrohr entfernt; aus dem Sacke werden vermittels Finger und scharfen Löffels viele alte stinkende Coagula entfernt. Ab. T. $38{,}2^0$. P. 96. Ausspülung des Sackes mit direkt in denselben eingeführtem Irrigationsrohr.

26. Juni. Uterus nicht mehr so elevirt. Sack verkleinert sich langsam. T. M. und Ab. normal. Mtt. $38{,}3^0$.

29. Juni. Vorgestern und gestern um Mittag geringe Fieberregung $38{,}5^0$. Heute früh $36{,}3^0$. Entfernung stinkender coagulirter Massen mit dem Finger.

30. Juni. Andauernd fieberfrei. Irrigationsflüssigkeit nur noch wenig getrübt. Sack wesentlich verkleinert.

2. Juli. Geheilt entlassen. Bauch überall ohne Schmerz eindrückbar. Uterus nicht durchzufühlen, wieder nach hinten getreten. Sack in Schrumpfung begriffen. Incisionsöffnung fast ganz verklebt.

21. Auguste Fechner, Weichenstellerfrau, 38 Jahre alt. Aufg. den 27. Juni 1879. Früher stets gesund. Erste Menstruation zu 18 Jahren alle 4 Wochen, von 8tägiger Dauer, stark ohne Schmerzen. Seit 16 Jahren verheirathet, 8 Mal geboren, zuletzt am 24. September 1878, stets normal. Wochenbett ohne Störung. Periode nach dem letzten Wochenbette regelmässig bis Ostern, dann cessirte dieselbe bis 9 Tage vor Pfingsten. Seitdem — Pat. war damals mit schwerer Feldarbeit beschäftigt — blutet Pat. fortwährend, bald mehr bald weniger. Zeitweise Schmerzen im Leibe und im Kreuze. Wasserlassen besonders in der letzten Zeit erschwert und schmerzhaft. Obstipation.

Befund: Leib leicht meteoristisch aufgetrieben. Percussion im Hypogastrium rechts gedämpft tympanitisch, links fast absolut gedämpft; hier ist auch die Palpation besonders schmerzhaft. Uteruskörper rundlich hart, äusserlich gut durchzufühlen, fast 3 Finger breit über der Symphyse stehend. Innere Untersuchung ergiebt: Uterus stark nach vorn gedrängt, elevirt, bimanuell gut abzugrenzen. Die hintere Lippe geht in einen das hintere Scheidengewölbe sackig vortreibenden prallelastischen Tumor über, der sich besonders nach links hinüberzieht.

1. Juli. Während des Aufenthaltes in der Anstalt nur mässige Blutung. Nach mehrtägigem Purgiren wird heute in der klinischen Stunde mit dem Troicart ein Einstich in den Sack gemacht. Da Anfangs durch die Kanüle nichts abfliesst, wird eine Sonde in dieselbe eingeführt, worauf sofort — Blutgerinnsel hatten die Oeffnung der Kanüle verlegt — einige Tropfen Blut austreten. Die Stichöffnung wird jetzt mit dem spitzen Bistouri rechts und links erweitert und es entleert sich eine reichliche Menge theerartigen dünnflüssigen zum Theil geronnenen nicht übel riechenden Blutes. Ausspülung der Höhle mit 3 % Carbollösung und Einführung eines Balkendrains. Ab. 6½ Uhr T. 37,7°. P. 84. Durch den Drain viel Blut durchgeflossen. Irrigationsflüssigkeit stark blutig, nicht übel riechend.

2. Juli. M. 8 Uhr T. 37,5°. P. 88. Höhle ausirrigirt und mit dem Finger viele coagulirte Massen entfernt. Ab. 6½ Uhr T. 37,9°. P. 96. Nachmittags angeblich mehrmals gefröstelt. Ausspülung durch den Drain.

3. Juli. M. 8 Uhr T. 37,4°. P. 84. Irrigation. St. Germainthee. Ab. 6½ Uhr T. 37,5°. P. 88. Irrigation. Sal. amar.

4. Juli. M. 8 Uhr T. 37,6°. P. 96. Des Nachts Stuhl. Ab. 6½ Uhr T. 37,3°. P. 84.

5. Juli. M. 8 Uhr T. 37,2°. P. 84. Tägliche Irrigation; heute früh wieder mit dem Finger in die Höhle eingegangen. Der Sack fällt nur sehr allmälig zusammen. Der Boden und die seitlichen Wandungen desselben mit verfilzten festanhaftenden Coagulis wie

austapeziert. Irrigation übel riechend. Ab. 6½ Uhr T. 38,4°. P. 88. Durch den Drain fliesst übel riechende Flüssigkeit ab, schmutzig braun.

6. Juli. M. 8 Uhr T. 37,8°. P. 84. Ausspülung durch den Drain. Ab. 6½ Uhr T. 39,3°. P. 120. Nachmittags spürte Pat. während des Wasserlassens ein Drängen nach unten, als wenn sie zu Stuhl gehen müsste. Bald entleerte sich im Schuss eine Menge grosser stinkender Coagula mit viel blutiger Jauche. Der Drain ging dabei mit heraus.

Befund: Uterus, der bisher immer noch sehr elevirt stand, unter dem Niveau der Symphyse. Sack wesentlich verkleinert. Ausspülung; Kanüle wird dabei direkt in die Höhle eingeführt. Drain fortgelassen. Eine Tasse St. Germainthee.

7. Juli. M. 8 Uhr T. 38,4°. P.96. Ausspülung. In der Nacht beim Uriniren wieder viele Coagula ausgestossen. Höhle von oben nach unten merklich verkleinert, nach oben und rechts noch immer mit verfilzten Coagulis ausgekleidet. Uterus mehr nach hinten und unten gerückt. Ab. 6½ Uhr T. 38,2. P. 96.

8. Juli. M. 8 Uhr T. 37,4°. P. 84. Ab. 6½ Uhr T. 39,6°. Puls 100.

9. Juli. M. 8 Uhr. In der Nacht wieder spontane Ausstossung schwarzer schmieriger Blutcoagula. T. 37,3°. P. 84.

11. Juli. Andauernd fieberfrei. Irrigationsflüssigkeit immer heller.

12. Juli. Uterus normal gelagert. Sack ganz zusammengefallen. Schnittöffnung in der Verklebung begriffen; Finger dringt ½ cm. tief durch dieselbe ein. Keine Irrigation mehr.

16. Juli. Geheilt entlassen. Uterus von aussen nicht durchzufühlen, normal gelagert. Haematocelensack in Schrumpfung begriffen. Schnittöffnung verklebt.

22. Frau Lederhändler Krimper aus Poln.-Lissa, 31 Jahre alt, seit sechs Jahren verheirathet, hat in dieser Zeit zwei Mal entbunden; das erste Mal 1¼ Jahr nach der Verheirathung, das zweite Mal ca. zwei Jahre später. Geburt und Wochenbett sind beide Male glücklich verlaufen; die Menstruation trat nach der Entbindung regelmässig in vierwöchentlichen Intervallen ein und dauerte jedes Mal 3 Tage. Die letzte Periode vor der Erkrankung trat Anfang April 1881 ein und verlief in normaler Weise.

Ende April wechselte die Familie die Wohnung. Frau K. legte beim Transport der Sachen selbst mit Hand an und spürte nach dem Heben eines schweren Schrankes einen plötzlichen Schmerz im Unterleibe, als ob darin etwas geplatzt wäre. Der Schmerz legte sich jedoch, trat aber 2 Tage später in sehr heftiger Weise auf, so dass Frau K. genöthigt war, sich zu Bett zu legen. Ein hinzugezogener Arzt verordnete Opiate und kalte Umschläge über den Bauch. Nach ca. 10 Tagen trat unter sehr heftigen Schmerzen, die nach der Vulva und den Schenkeln hin ausstrahlten, Blutung ein, die stossweise unter so heftigen Qualen erfolgte, dass Pat. wiederholt bewusstlos wurde. Die Blutung hielt mit geringen Pausen an und da die Mittel des

behandelnden Arztes keine Linderung verschafften, so liess sich Pat. in das hiesige Fraenkel'sche Hospital aufnehmen, nachdem vorher Prof. Spiegelberg die Diagnose einer Haematocele retrouterina festgestellt hatte.

Bei der Untersuchung der mittelgrossen, mässig genährten Patientin erwies sich die Scheide mit geringen Mengen dünnflüssigen Blutes bedeckt. Die hintere Scheidenwand war stark prominent durch eine elastisch fluktuirende, tief nach abwärts ragende Geschwulst herabgedrängt, die schmerzlos war und die Grösse einer starken Mannsfaust hatte. Der Muttermund stand rechts hart an der Symphyse, das Corpus uteri war bimanuell leicht hinter dem rechten horizontalen Schambeinast zu constatiren. Abdomen frei, überall leicht eindrückbar, zwischen dem nach vorn gedrängten Uterus und dem Rectum war eine leicht wellige, teigige Geschwulst zu constatiren. Die übrigen Organe des Körpers frei, kein Fieber, leichte Obstruction, geringe Beschwerden beim Uriniren.

Die Operation wurde am 29. Mai 1881 von Herrn Dr. Bruntzel, damaligem Assistenzarzt der gynaekologischen Poliklinik unter gütiger Beihülfe des Herrn Dr. Kroner, Assistenzarzt der Klinik ausgeführt.

In Narcose wurde auf den prominentesten Punct der Geschwulst, nachdem die Scheide durch 5 % Carbolirrigation gründlich gereinigt war, ein Troicart eingestochen, der reichliche Mengen dicken braunen Blutes zu Tage förderte. Als der Ausfluss des Blutes cessirte, wurde in die Troicart-Oeffnung ein Bistouri eingestossen und die hintere Scheidenwand nach oben und unten breit eröffnet. Hierbei wurden reichliche dunkle coagulirte Mengen Blutes entleert und unter Irrigation warmer 2½ % Carbollösung die Höhle gereinigt. In die Höhle wurde, nachdem die Flüssigkeit klar abfloss, ein dicker Drain mit Querbalken eingelegt und die Scheide durch einen Salicyltampon abgeschlossen.

Der Verlauf gestaltete sich in jeder Weise günstig. In den ersten Tagen gingen durch den Drain leichte Blutgerinnsel ab; es wurde den Tag mehrmals mit Salicyllösung die Höhle irrigirt. Am 12. Juni konnte der Drain entfernt werden, die Secretion hatte völlig aufgehört, auch die Blutung ex utero sistirte. Bei der am 17. Juni erfolgten Entlassung hatte sich die Wunde in der hinteren Vaginalwand völlig geschlossen, der Uterus lag median, an der hinteren Wand war eine leicht empfindliche Verdickung zu constatiren.

Einer brieflichen Mittheilung der Pat. zufolge ist 10 Wochen nach der Operation die Periode wieder eingetreten und verläuft in 4 wöchentlichen Zwischenräumen ohne Beschwerden, dauert wie früher 3 bis 4 Tage. Eine Conception hat bis jetzt noch nicht stattgefunden.

Prüfen wir die Indicationen zur operativen Behandlung der Haematocele in den vorstehenden aus der Literatur gesammelten Fällen, so weit sich überhaupt hierüber bestimmte Angaben finden, so ergiebt sich, dass entweder hohes Fieber, das auf Eiterung oder Jauchung schliessen liess, oder die andauernd sich gleich bleibende

und den Kranken heftige Schmerzen verursachende Grösse der Geschwulst zu einem operativen Eingriff nöthigte. Man war also den im Wesentlichen schon von Nélaton aufgestellten Grundsätzen in der chirurgischen Behandlung der Haematocele gefolgt. In fast sämmtlichen Fällen handelte es sich um eine Indicatio vitalis und wenn in 4 Fällen (No. 1, 6, 7, 9) der Tod eingetreten ist und in einigen Fällen nach dem chirurgischen Eingriff der Zustand sich nicht bald besserte, ja zeitweise schlimmer zu werden drohte, so lag dies zum Theil daran, dass die Operation sehr spät gemacht wurde, als die Patientinnen sich bereits in einem recht kranken Zustande befanden, zum Theil auch an der Operationsmethode oder endlich auch wohl daran, dass nicht genügend antiseptisch operirt wurde.

Wann ist der geeignetste Zeitmoment zur operativen Behandlung der Haematocele?

Der Zeitpunct für die Entleerung der Blutgeschwulst ist so weit wie möglich hinauszuschieben, damit nicht vielleicht eine neue Blutung in die entleerte Höhle hinein aus den oft noch jungen und reich vascularisirten Wandungen derselben erfolge. Die Entleerung des Haematoceleninhaltes ist dagegen dringend geboten und darf keinen Aufschub erleiden, wenn die Blutgeschwulst nach längerem Warten sich nicht verkleinert oder sich gar schon Erscheinungen von Eiterung und Jauchung einstellen. Im ersten Falle ist die Entleerung gerechtfertigt; denn bei langem Bestehen eines Bluttumors ohne Veränderung desselben ist seine Resorption unwahrscheinlich. Durch die Entleerung des Tumors wird die Kr. von Schmerzen befreit und die derselben drohende Gefahr, dass der Haematoceleninhalt verjaucht und die Kr. septisch zu Grunde geht, beseitigt.

In letzterem Falle ist ein rasches Handeln geboten, da wir gar nicht wissen, ob nach längerem Warten der Eingriff der Pat. noch zum Leben verhelfen wird. Die Resorption des jauchig gewordenen Inhaltes kann schon so vorgeschritten sein, dass wir auch durch die Entleerung desselben die Frau nicht mehr retten können.

Welche Operationsmethode ist nun zu wählen?

In den vorher angeführten Fällen wurden folgende angewandt:

1) Punction,
2) Punction mit gleichzeitiger Incision,
3) Incision mit oder ohne nachfolgende Aspiration,
4) Punction mit nachfolgender Aspiration.

Dieses letztere Verfahren — Punction mit nachfolgender Aspiration — wurde in vier Fällen, nämlich No. 13, 16, 17, 18 angewendet. No. 16 und 17 kamen nach der Operation zur Genesung; bei den zwei anderen trat Verschlimmerung wie Urinretention, Diarrhoeen, grosse Schmerzhaftigkeit, Fieber ein: der eine von ihnen genas durch spontanen Durchbruch, bei dem anderen musste eine Incision gemacht werden.

Diese Resultate sind allerdings nur wenig erfreulich und ist dieses Verfahren auch nicht zu empfehlen; denn es können dabei leicht Adhäsionen des Sackes zerrissen werden, also neue Blutungen entstehen und andrerseits aspiriren die zusammengedrückten Wände, indem sie vermöge ihrer Elasticität und der sie umgebenden Fixationen ihren Platz und ihre Form wiedereinzunehmen streben, Luft in die Höhle. Dem Zerreissen der Adhäsionen kann eine Peritonitis, dem Eindringen von Luft in die Höhle kann Zersetzung des Inhalts und tödtliche Septicaemie folgen.

Viel besser bewährten sich die drei übrigen oben erwähnten Operationsmethoden. Im Fall No. 20 allerdings war auch der Verlauf ein recht complicirter und für die Kr. entschieden mit Lebensgefahr verknüpft, offenbar, weil vom Rectum aus punctirt worden war und durch Eindringen von Darmgasen in die Bluthöhle nur die Zersetzung des noch zurückgebliebenen Inhaltes begünstigt werden konnte. Die Punction vom Rectum aus, müssen wir also, weil nicht genügend antiseptisch, als unzulässig betrachten.

Was unsere eigenen Fälle betrifft, so war in allen Dreien die operative Behandlung berechtigt, da in einem Falle die Kranke hoch fieberte und in den anderen Fällen trotz längeren Bestehens der Haematocele eine Resorption nicht zu Stande gekommen, also auch nicht mehr zu erwarten war, die Kranken durch Schmerzen, Stuhl- und Urinbeschwerden sehr gequält wurden und täglich eine lebensgefährliche Verschlimmerung durch Verjauchung der Blutgeschwulst eintreten konnte. Der Verlauf nach der Operation war in allen drei Fällen ein fast reactionsloser, nur durch geringe Fieberregungen gestörter.

Die Operationsmethode war in zwei Fällen Punction mit nachfolgender Incision und in einem Falle sofortige Incision mit nachfolgender Drainage.

Die Punctionsöffnung, an der vorspringendsten Stelle des Tumors von dem hinteren Scheidengewölbe aus unter Leitung des Fingers mit einem mitteldicken Troicart gemacht, wurde gleich durch Incision erweitert, als der zum Theil coagulirte Blutinhalt der Geschwulst sich zu spärlich entleerte. Wir empfehlen in solchen Fällen immer sofortige Erweiterung der Punctionsöffnung durch Schnitt. Der Abfluss des Inhalts wird hierdurch erleichtert, ohne dass gleichzeitig der intrasaccale Druck zu plötzlich herabgesetzt und so eine schwere Nachblutung aus den Wandungen des Haematocelensackes begünstigt zu werden braucht, vorausgesetzt, dass der Schnitt nicht zu gross ausfällt. Ist die Incision gemacht, so muss eine vorsichtige desinficirende Ausspülung der Höhle und Drainage derselben folgen. Die Ausspülung darf nicht unter zu hohem Drucke gemacht werden, damit die Adhäsionen nicht zerreissen; eben deshalb ist es auch nicht rathsam, den Inhalt des Sackes durch Druck von aussen herauszuquetschen. Die äussere Oeffnung des Drainrohrs wird in antiseptische Watte eingehüllt, um den Zutritt der Luft und die Zersetzung der

in dem Haematocelensack noch retinirten Massen möglichst zu verhindern. Dagegen werden durch das Drainrohr sofort Ausspülungen gemacht, wenn der abfliessende Inhalt eine üble Beschaffenheit zeigt. Stockt der Abfluss und treten Zeichen von fauliger Resorption ein, so entfernt man am besten das Drainrohr und spült die Höhle selbst aus.

Dieses Verfahren hat sich in unseren Fällen vortrefflich bewährt. Haematocelensack schrumpfte in kurzer Zeit zusammen, die Kranken genasen.

Resumiren wir noch einmal kurz das oben Gesagte, so ergiebt sich Folgendes: Die exspectativ-symptomatische Behandlungsweise der Haematocele retrouterina ist, so lange man auf spontane Heilung durch Resorption oder Durchbruch hoffen kann, der chirurgischen vorzuziehen. Die chirurgische Behandlung aber ist streng indicirt:

1) wenn hohes Fieber eintritt, also sich Erscheinungen von Eiterung oder Jauchung in der Blutgeschwulst einstellen,
2) wenn die Blutgeschwulst Wochen lang in gleicher Grösse und Form bestehen bleibt, also keine Neigung zur Resorption zeigt und die Kranken andauernd von heftigen Schmerzen gequält sind.

Eine Punction resp. Incision des Sackes von der Scheide aus mit folgender Drainage unter allen antiseptischen Cautelen und mit der nöthigen Vorsicht ausgeführt, kann heute nicht mehr als Operation gelten, an die wir mit Scheu herangehen. Sie wird oft der einzige Weg sein, den Kranken das Leben zu retten.

Lebenslauf.

Verfasser, katholisch, Sohn des verstorbenen Rittergutsbesitzers P. Daszkiewicz aus Olszowa, Kreis Schildberg, wurde am 18. November 1856 in Wreschen geboren, besuchte das Gymnasium zu Ostrowo, welches er zu Michaeli 1877 mit dem Zeugniss der Reife verliess.

Am 3. November 1877 auf der Universität Breslau immatriculirt, studirte er daselbst 5 Semester Medicin, bestand am 11. November 1879 das Tentamen physicum und ging im April 1880 nach der Universität in Strassburg, die er durch ein Semester besuchte. Im October 1880 nach Breslau zurückgekehrt, besuchte er diese Universität durch zwei Semester und unterzog sich im Winter 1881/82 der ärztlichen Staatsprüfung, die er im Mai 1882 absolvirte. Am 23. Juni 1882 bestand er das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte Verfasser die Vorlesungen, Kliniken und practischen Curse folgender Herren Professoren und Docenten:

In Breslau:

Berger. Biermer. Born. F. Cohn. H. Cohn. Fischer. Förster. Fränkel. Gabriel. Grube. Grützner. Hocier. Hasse. Heidenhain. Kolaczek. Loewig. Meyer. Ponfick. Rosenbach. Simon. Spiegelberg.

In Strassburg:

Freund. Harnack. Kohls. Kussmaul. Lücke. v. Recklinghausen. Schmiedeberg.

Thesen.

I.

Bei gangränösen Hernien ist die secundäre Darmresection der primären vorzuziehen.

II.

Es ist rathsam, die Exstirpation des carcinomatösen uterus per vaginam, nicht durch Laparotomie vorzunehmen.

III.

Das ulcus rodens ist aus der Reihe der bösartigen Geschwülste auszustreichen.